FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N° 339

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 mai 1900, à 1 heure

Par ANATOLE BIOCHE

Né à Darnetal (Seine-Inférieure), le 24 février 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CÉPHALÉMATOME

Président : M. PINARD, *professeur*.
Juges : MM. TERRIER, *professeur*.
LEJARS,
WALTHER, } *agrégés*.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

339

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 mai 1900, à 1 heure

Par ANATOLE BIOCHE

Né à Darnetal (Seine-Inférieure), le 24 février 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CÉPHALÉMATOME

Président : M. PINARD, *professeur*.
Juges : MM. TERRIER, *professeur*.
LEJARS, WALTHER, } *agrégés*.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU TILLAUX. TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Pendant notre stage d'accouchement nous avons eu l'occasion de voir deux céphalématomes, nous connaissions l'existence de cette tumeur, sans en avoir jamais rencontré. Il nous parut intéressant de rechercher ce qui avait été écrit à ce sujet: deux thèses furent faites ces dernières années, l'une par Hamon en 1888 à l'instigation de M. le Professeur Pinard, l'autre par Morain en 1889.

Ce qui nous frappe de ces deux auteurs, c'est la difficulté marquée qu'ils éprouvent à tirer leurs conclusions, de leur aveu même parce qu'ils manquent de documents statistiques.

Nous avions à notre disposition les nombreuses observations de la clinique Baudelocque, nous y avons puisé, et appuyé sur une nombreuse statistique nous pouvons en bien des points combler la lacune qui existait.

Que M. le Professeur Pinard veuille bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a permis de compulser les observations de la Clinique, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Avant de quitter la vie d'étudiant, qu'il nous soit permis de jeter un regard en arrière et de saluer les maîtres qui nous ont dirigé dans le cours de nos études :

MM. les Docteurs Olivier, Cerné, Martin, dans leurs le-

çons cliniques, Pétel, François Hue nous ont dirigé dans nos premières années, nous les en remercions vivement.

Des deux années passées avec M. le Docteur Petitclerc, nous ne pouvons oublier les relations si cordiales et les excellents conseils de notre maître ; nous en conservons le meilleur souvenir et lui adressons nos sincères remerciements.

Dans les hôpitaux de Paris, deux maîtres nous ont agréé dans leur service : nous adressons un pieux hommage à la mémoire de notre regretté maître Marchand.

M. le Docteur Lepage nous a eu comme stagiaire.

Nous avons eu l'honneur de suivre son service plusieurs mois ensuite.

Nous lui devons nos connaissances en obstétrique, sa bienveillance nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

M. Mouchotte, interne de M. Lepage, a bien voulu nous aider de ses conseils, nous l'en remercions vivement.

DÉFINITION

« Le mot *céphalématome*, dénomination de Zeller, consacrée depuis 1822 par le monde médical, est appliqué à une « tumeur sanguine qui se forme chez le nouveau-né entre un des os du crâne et le périoste décollé » (Tarnier).

Nous compléterons cette définition d'une explication de M. le professeur Pinard : « Jamais un céphalématome ne communique d'un os à l'autre, d'un pariétal à l'autre par exemple, il est limité par les sutures » (*Leçon clinique* de janvier 1899).

HISTORIQUE

Nous ne dirons que quelques mots de l'historique qui a été fait par nos devanciers, nous nous contenterons de citer les noms de Zeller qui le premier fit un travail sur le céphalématome et soutint une thèse sur ce sujet en 1822 devant Naegelé, le savant professeur d'Heidelberg, Underwood, Stein, Schmitt, en France, Mauriceau, Levret, Velpeau, notre grand Baudelocque qui indiqua le siège précis de la tumeur, Piqué, Paul Dubois ; en 1838 Valleix, en 1861 Depaul, en 1863 Seux, plus récemment les articles de Tarnier et Bouchacourt, Broca et Ferré.

Division. — Hamon et Morain admettent deux sortes de céphalématomes, l'un dit spontané qui se produit dans les accouchements spontanés ; l'autre traumatique compliqué, à la suite d'une application de forceps et présentant des lésions des parois osseuses ou des téguments.

Nous modifierons ainsi cette classification.

Nous admettrons :

1° Le céphalématome spontané qni survient à la suite d'un accouchement spontané.

2° Le céphalématome traumatique simple, résultant d'une application de forceps, sans lésion des téguments.

3° Le céphalématome traumatique compliqué, qui est accompagné de lésions des parois osseuses ou des téguments.

Cette dernière variété est très rare, nous ne l'avons pas rencontrée dans notre statistique, nous en emprunterons deux observations à Hamon.

Fréquence. — Naegelé, Paul Dubois, Seux ont relevé des observations de céphalématomes dans différentes Maternités, le nombre de cas rapportés est si restreint qu'on ne peut tirer de leur statistique des conclusions satisfaisantes.

En 1888, Hamon parcourt toutes les Maternités de Paris, il ne peut recueillir que 9 cas de céphalématome dont 6 cas chez des primipares et 3 chez des multipares. Morain en 1889 réunit les trois statistiques de Valleix, de Burchard et de Seux, il arrive au nombre de 36 céphalématomes sur 9030 accouchements et il avoue que « malheureusement les éléments d'une statistique personnelle font défaut ». En effet les chiffres recueillis lui permettent de mettre en regard le nombre des céphalématomes et celui des accouchements, mais sur le céphalématome même il n'a aucun renseignement précis.

Nous avons fait la statistique des céphalématomes à Baudelocque depuis 1890. Sur 20040 accouchements nous avons trouvé 105 céphalématomes dont nous exposons le tableau plus loin, il nous sera donc permis de tirer nos conclusions avec plus d'autorité que n'ont pu le faire nos devanciers à l'ardeur et au bon vouloir desquels nous rendons hommage, mais à qui les documents faisaient défaut.

Les renseignements qu'ils ont pu recueillir de tous côtés ne sauraient avoir l'exactitude et par conséquent la valeur

de l'inestimable monument dont M. le professeur Pinard a doté la Clinique.

Nous trouvons 1 céphalématome sur 195 accouchements, les auteurs indiquent une moyenne de 1 sur 250 accouchements.

Siège. — Le céphalématome, presque toujours est simple, siégeant sur un des pariétaux, rarement sur l'occipital, quelquefois il est double, un céphalématome sur chaque pariétal et dans ce cas ils sont natifères, séparés par un sillon, tel le sillon fessier.

Notre maître M. Lepage fit en 1898 au Congrès de Marseille une communication sur les céphalématomes doubles, nous la reproduisons dans cette thèse ainsi qu'un dessin que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Lepage.

On a vu également dans un céphalématome double, l'un des céphalématomes siéger sur un pariétal, le second sur l'occipital ; un dessin en est produit dans le traité de MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage.

Nous avons également rencontré dans notre statistique des céphalématomes triples, un sur chaque pariétal et un troisième sur l'occipital.

Communication de M. le Docteur Lepage au Congrès de Marseille, 1898.

La nommée D... Z..., âgée de 24 ans, cuisinière, entre à la Maternité de la Pitié, le 22 juin 1898 : elle est enceinte pour la première fois. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Menstruation régulière depuis l'âge de 13 ans. Les dernières

règles ont eu lieu du 8 au 15 septembre 1897 ; les mouvements actifs ont été perçus au commencement de janvier 1898. La femme éprouve les premières douleurs à 10 heures du matin le 22 juin ; elle entre dans le service à 3 heures de l'après-midi ; la dilatation de l'orifice utérin est lenticulaire. Rupture précoce des membranes à 8 h. 20 du soir. La dilatation est complète à 9 h. 10 ; à 9 h. 25, la tête apparaît à la vulve dont l'orifice est étroit et reporté en avant ; le périnée bombe fortement. A 10 h. 25, la femme expulse spontanément un garçon vivant du poids de 3.120 grammes ; il existe une bosse séro-sanguine volumineuse un peu en avant et au niveau de la fontanelle postérieure. Les principaux diamètres de la tête sont : O.M. 123 mm.,O.F. 108,S.O.B. 95, S.O.F. 102, Bi P. 97, Bi T. 82. S.M.B. 102. La délivrance a lieu d'une manière normale, 35 minutes après l'accouchement. Déchirure incomplète, mais étendue du périnée : on est obligé de faire six points de suture superficiels et deux profonds.

24 *juin.* — Un céphalématome commence à se développer sur chacun des pariétaux.

25. — Les deux pariétaux sont chacun le siège d'une tumeur volumineuse, régulièrement arrondie, fluctuante qui en occupe presque toute l'étendue. A gauche, le céphalématome descend jusqu'à 2 millimètres de la suture pariéto-temporale. De chaque côté, l'épanchement affleure la suture sagittale.

Au niveau de cette suture, il existe de l'œdème qui, à première vue, paraît être une communication entre les deux tumeurs ; mais en déprimant avec le doigt, on sent qu'il n'y a nulle communication entre elles. La tension des céphalématomes est considérable ; la tête de l'enfant rappelle celle de certains clowns qui ajoutent des postiches au niveau de leurs bosses pariétales.

1er *juillet.* — La tension du céphalématome gauche a notablement diminué, celle du céphalématome droit est encore très marquée.

4. — La femme veut quitter l'hôpital ; en enlevant les crins de Florence, M. Lepage s'aperçoit que la plaie périnéale n'est pas réunie. Il pratique, le 5 juillet, une suture secondaire du périnée.

10. — L'œdème qui existait au niveau de la suture, reliant pour ainsi dire les deux céphalématomes, a beaucoup diminué.

18. — L'œdème a disparu ; on sent nettement la suture interpariétale ; le céphalématome du côté droit est en voie de régression, moins avancée que celui du côté gauche.

20. — L'enfant présente à la partie postérieure du cou deux ganglions de la grosseur d'un pois.

22. — Diminution considérable des deux céphalématomes.

26. — Du côté du pariétal gauche, on ne constate plus du tout de saillie au niveau de l os. A droite, il n'existe plus de partie fluctuante qu'à 3 centimètres en dehors de la suture sagittale. Le bourrelet osseux n'est plus perçu.

La femme quitte le service le 15 juillet : le périnée est complètement restauré. La température maxima a été de 37°4 le 4e jour.

L'enfant quitte le service dans le courant d'août ; élevé d'abord au sein par sa mère, il est ensuite nourri, après le départ de celle-ci, avec du lait stérilisé. Voici ses principaux poids ; 3e jour, 2.890 gr. ; 5e, 3.050 gr. ; 10e, 3.240 gr. ; 15e, 3 490 gr. ; 20e, 3.560 gr. ; 25e, 3.750 gr. ; 30e, 3.800 gr. ; 35e, 3.830 gr. ; 40e, 3.940 gr. Le jour où il est emmené du service il pèse 4.100 gr.

Le céphalématome double est relativement rare ; il est encore plus exceptionnel de voir chaque céphalématome présenter un développement aussi accusé que dans le cas que nous venons de rapporter. Ajoutons que l'œdème qui existait au niveau de la suture sagittale entre les céphalématomes aurait pu faire errer le diagnostic en masquant l'isolement de chacune des deux tumeurs sanguines.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Les os du crâne sont formés par deux tables, une table interne et une table externe, cette dernière s'accroît moins rapidement que la première.

Du point d'ossification situé au niveau des bases pariétales partent des aiguilles osseuses qui peuvent laisser entre elles des incisures, lesquelles, chez les nouveau-nés, sont remplies de vaisseaux sanguins insuffisamment recouverts par la table externe.

Le périoste chez le nouveau-né se décolle avec une facilité extrême, et il suffit de quelques tiraillements pour amener ce décollement, par suite, lésion des vaisseaux et épanchement sanguin sous-périostique.

Hamon, dans des expériences des plus intéressantes, en faisant passer des fœtus dans un mannequin dont il pouvait réduire à volonté le canal pelvi-génital, produisit des céphalématomes, ayant incisé et injecté les carotides.

Nous pensons donc que les vraies causes déterminantes du céphalématome peuvent se résumer à celles-ci :

1° Un développement anormal de la tête dans ses différents diamètres, particulièrement dans son diamètre biparietal ;

2° Dans l'étroitesse du canal pelvi-génital ;

3° Dans la longueur des cheveux, cause de tiraillement du cuir chevelu ;

4° Le peu d'adhérence du périoste et la facilité de rupture des vaisseaux.

A notre avis, ces causes suffisent et point n'est besoin d'aller rechercher, ainsi que l'a fait Morain, la fluidité du sang chez l'enfant, elle est la même chez tous les fœtus, la compression du cordon, le chevauchement, qui peuvent n'être que des coïncidences.

Tout céphalématome serait donc traumatique, même celui qui se produit dans l'accouchement spontané, mais à qui nous garderons la dénomination de céphalématome spontané pour le distinguer de celui qui survient après une application de forceps.

N'est-ce pas un traumatisme que la pression exercée sur les téguments par les parois osseuses du crâne d'une part, d'autre part la pression des parois pelvi-génitales, avec la force des contractions utérines tendant à expulser le fœtus.

Début. — C'est en général du 2e au 4e jour, disent les auteurs, que le céphalématome apparaît, le début le plus précoce serait d'un jour après la naissance, le plus tardif 10 jours après.

Mais certains céphalématomes peuvent apparaître aussitôt après la naissance et nous en avons ici deux observations très nettes.

Forme. — La forme du céphalématome est variable, allongée d'avant en arrière, occupant tout le pariétal ou simplement son angle postéro-supérieur, ayant la forme d'une noix, quelquefois atteignant la grosseur d'un œuf.

De consistance fluctuante, la tumeur est bordée d'un

bourrelet osseux d'abord peu épais et dont l'époque d'apparition est variable, puis la tumeur devient plus saillante, le bourrelet osseux la circonscrit entièrement : enfin elle diminue, le sang se résorbe et le bourrelet périphérique régresse d'une façon irrégulière parfois, ce qui donne lieu à la formation de certaines arêtes osseuses qui disparaissent progressivement.

OBSERVATIONS

Obs. I (Communiquée par M. le Dr Lepage). — *Céphalématome apparu sitôt l'expulsion du fœtus.*

Mme X..., âgée de 20 ans, primipare, a ses dernières règles du 19 au 25 mars 1899.

Les mouvements actifs sont perçus le 20 août.

La grossesse est normale, sans aucun incident. Pas d'albumine dans les urines.

Le 18 décembre, elle éprouve dans la matinée quelques douleurs; à 1 heure de l'après-midi, la dilatation est de 2 francs, à 4 h. 1/2, la dilatation n'a guère progressé, les douleurs revenant bien toutes les cinq minutes, mais n'étant pas très intenses. A partir de 6 heures les douleurs deviennent plus fortes. A 8 heures, la dilatation est comme une paume de main, les douleurs deviennent subintrantes. Rupture artificielle des membranes, à 8 h. 1/2, la malade perdant un peu de sang. Elle pousse énergiquement et expulse à 9 heures un fœtus du sexe masculin du poids de 3.100 grammes.

Présentation du placenta par la face utérine.

Immédiatement après la sortie de l'enfant, on constate qu'il présente sur le pariétal droit une tumeur saillante à grand axe antéro-postérieur, qui a tous les caractères du céphalématome.

Les jours suivants, cette tumeur n'augmente pas sensiblement de volume, mais comme dès le premier jour, elle est très visible en regardant l'enfant à distance car il n'a que très peu de cheveux. L'ossification des os du crâne est très peu marquée.

L'enfant tète sa mère qui a du lait en abondance et présente même de la galactorrhée.

Le bourrelet osseux n'apparaît guère que le douzième jour : jusqu'à cette époque et même pendant les jours qui suivent on constate que la tumeur sanguine augmente pendant les cris de l'enfant.

Le 18 janvier le céphalématome a presque entièrement disparu, il n'existe plus qu'une légère saillie en surface sur toute l'étendue occupée antérieurement par l'épanchement sanguin.

Le 3 février, cet épaississement en surface n'existe plus, mais on constate à un centimètre et demi en dehors de la suture sagittale une saillie osseuse de quelques millimètres, dirigée d'avant en arrière et qui est visible même à distance. Il semble que cette saillie soit le reliquat du bourrelet de guérison.

En résumé cette observation est intéressante :

1° Par l'existence du céphalématome immédiatement après la naissance ;

2° Par la tension du céphalématome au moment des cris de l'enfant ;

3° Par la saillie qui persiste au niveau du pariétal. Il y a lieu de se demander si ce n'est pas à ce niveau que s'est faite la lésion osseuse qui a donné lieu à l'épanchement sanguin.

Obs. II (Recueillie par M. Mouchotte, interne du service du Dr Lepage). — *Gros œuf. — Anomalie de rotation. — Main droite en procubitus. — Céphalématome diagnostiqué sitôt l'expulsion du fœtus.*

M. E..., 22 ans, primipare, est amenée le 2 décembre 1899 à la consultation de la Pitié.

Cette femme est en travail depuis quelques heures. L'interrogatoire apprend qu'elle est à terme. L'utérus a une hauteur de

36 centimètres. Une OIGA est diagnostiquée. Le col est incomplètement effacé. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

A 10 heures du matin, au moment de la visite, M. Lepage examine la parturiente. Il trouve une tête engagée en gauche transverse, le dos légèrement orienté en arrière. Il reste encore du col.

5 h. 30 du soir : dilatation de 0 fr. 50.

8 h. 30 du soir : la dilatation n'a pas progressé. Douleurs espacées.

10 h. 30 du soir : dilatation de 2 francs.

Au toucher la tête est trouvée en GP.B. d. c. bons. Lavement non suivi d'effet.

3 *décembre*, 2 heures du matin. Dilatation un peu plus grande que 2 francs. Douleurs toutes les 10'. Puis de 2 heures à 5 heures du matin les douleurs diminuent d'intensité et de fréquence.

La femme sommeille.

10 heures du matin : deux lavements sont successivement donnés, le premier sans résultat utile. Le deuxième est suivi de quelques parcelles stercorales.

La dilatation est de 5 francs. La tête est mal fléchie (les deux fontanelles accessibles), nettement orientées en *occipito-postérieure directe*.

10 h. 30 du matin. Douleurs toutes les 5' durant de 1/2 à 1 minute. L'utérus en se contractant se dévie à droite. Au palper on constate sur tout le plan antérieur la présence de petits membres. A droite, tout en arrière on sent le plan latéral du fœtus. L'auscultation indique le maximum des battements cardiaques fœtaux en arrière et à droite de la ligne médiane.

Au toucher, la dilatation est plus grande que 5 francs. La tête n'est plus nettement en occipito-postérieure directe, mais dans une situation intermédiaire à l'occipito-postérieure directe et à la postérieure droite.

11 h. 15'. Même dilatation.

La poche appuie bien pendant les contractions. La suture biparietale coïncide nettement avec le diamètre AP. La tête a oscillé et est revenue en occipito-postérieure directe.

La fontanelle postérieure n'est pas atteinte et en avant le doigt arrive sur l'antérieure. La lèvre de l'orifice utérin est œdématiée.

2 h. 5 du soir : au palper le dos est trouvé nettement à droite : à gauche les petits membres. Maximum des bruits du cœur sur la ligne ombilico-iliaque antérieure.

Toucher : la lèvre antérieure de l'orifice utérin persiste encore. La tête en DA. Bosse séro-sanguine en voie de formation.

2 h. 15 du soir. Rupture spontanée de la poche des eaux :

Toucher : la tête est en *occipito-pubienne.*

2 h. 30 du soir : la suture sagittale est dans le diamètre oblique gauche ; la fontanelle antérieure est en arrière et à droite. Il existe un bourrelet formé par une cystocèle. La lèvre antérieure de l'orifice utérin encore perceptible est repoussée par-dessus la tête, celle-ci se met en OP.

A partir de ce moment, la femme pousse bien.

La rotation si intéressante de la tête incite à pratiquer fréquemment le toucher, et c'est ainsi que l'on constate que la tête demeure en GA dans l'intervalle des contractions alors qu'elle se place en OP pendant les contractions. La bosse séro-sanguine augmente de volume et se trouve du côté gauche de la tête fœtale. Bruits du cœur bons.

A 2 h. 55, expulsion de la tête en OP. Après la rotation externe de la tête (occiput à droite), on constate en haut, sous le pubis appliquée sur la partie inférieure de la joue gauche *la main droite en procubitus.*

Enfant de sexe masculin, pèse 3.710 gr., mesure 52 cent. Cheveux longs.

Diam.	OM	= 13,1	OF	11.8.
	SoB	9,7	SoF	10,5.
	BP	9,7	BT	8,7.
	SMB	9,7		

Circonférences = 33 — 35 cent.

3 h. 30. Extraction simple du placenta qui se présente par son bord, poids = 700 gr.

Température 36°8. Pouls 88. Suites de couches normales.

Sitôt l'expulsion du fœtus on constate sur l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche une forte saillie près de la bosse séro-sanguine. Etant donnée la situation de cette forte saillie, étant donné qu'elle ne dépasse pas la ligne médiane, tenant compte d'autre part de sa consistance rénitente, toute différente de la consistance de la bosse séro-sanguine on pense qu'il s'agira dans la suite d'un céphalématome.

Le lendemain 4 décembre, à l'heure de la visite, on constate sur l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche un céphalématome des plus nets.

12 *décembre.* — Le bourrelet périphérique du céphalématome est très saillant.

13. — L'enfant quitte le service avec sa mère. Il n'a pas été revu.

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes.

Tout d'abord une anomalie de rotation.

En effet, la tête qui le 2 décembre à 10 heures du matin, alors que le col était incomplètement effacé, se trouvait en GT, cette tête le lendemain à la même heure se place en occipito-postérieure directe, la dilatation étant de 5 fr.

Puis la tête se met en DP, revient en O postérieure directe et reprenant sa marche dans le sens des aiguilles d'une montre se place en DA à 2 h. 5, soit 28 heures après le diagnostic de GT porté par M. Lepage.

Enfin la tête arrive en OP, dépasse la ligne médiane, puis oscille plusieurs fois entre le GA et l'OP comme pour chercher sa position définitive de dégagement.

La tête dégagée, un procubitus d'une main nous donne l'explication de cette anomalie de rotation que nous fit plusieurs fois constater notre maître M. Lepage en des circonstances semblables.

Un deuxième fait nous frappe en ce cas, et c'est celui que nous retiendrons particulièrement : à savoir, le *diagnostic de céphalématome porté sitôt l'expulsion du fœtus.*

Eh bien ! entre ces deux faits, anomalie de rotation, mouvement continu de rotation pendant 29 heures, d'une part, apparition précoce d'un céphalématome (sitôt la naissance), d'autre part, peut-être convient-il d'établir une relation de cause à effet.

Si l'on songe que l'enfant était gros (3.710 gr.), que ses cheveux étaient longs, on comprendra que les tiraillements du cuir chevelu aient permis dès le début du travail, au cours de cette rotation exagérée, la formation d'un céphalématome qui par suite de la durée du travail — les causes déterminantes persistant — aura eu le temps d'évoluer pour devenir manifeste et diagnosticable, 29 heures plus tard à la naissance.

M. Pinard dans une clinique a signalé l'apparition précoce possible du céphalématome.

Présentant deux enfants atteints de céphalématome M. Pinard disait : « Dans les livres classiques il est écrit que le céphalématome apparaît quelques jours après la naissance. Chez l'un de ces deux enfants, il a été constaté immédiatement après. »

Obs. III (personnelle). — Service du Docteur Lepage.

C. M..., primipare, grossesse de huit mois, éprouvant des douleurs depuis 10 heures du soir, est apportée à la Pitié le 25 janvier à 5 heures du matin, la tête est à la vulve.

L'expulsion a lieu à 5 h. 40 normalement en OP après 7 heures de travail et une période d'expulsion de 40'.

Enfant de 3.410 gr.

BiP, 9,2. Très longs cheveux. Quatre heures après la naissance le 25 janvier, on remarque sur le pariétal droit un céphalématome.

26 *janvier*. — Le céphalématome s'est développé. On ne sent pas encore nettement le bourrelet osseux.

27. — Augmentation légère de la tumeur, le bourrelet périostique s'accuse.

2 *février*. — Le bourrelet est très net, la tumeur ordinaire.

L'enfant sort le 4 février.

M. Mouchotte a revu l'enfant le 20 février et le 25 mars et nous communique la note suivante :

20. — Le bourrelet osseux est crénelé, présentant cinq saillies en bas, en avant et en arrière.

En haut près de la suture sagittale le bourrelet est lisse.

En haut ce bourrelet est distant de 1 centimètre du bord supérieur du pariétal.

En avant et en arrière il se trouve à 3 centimètres des bords correspondants du pariétal.

En bas il arrive à 3 centimètres au-dessus de la partie la plus élevée de l'hélix.

Un ruban métrique réunissant les bords supérieur et inférieur et passant sur le sommet de la tumeur se déroule sur une étendue de 7 centimètres.

La mensuration pratiquée transversalement donne 6 centimètres.

17. — Soit trois jours avant de revoir l'enfant, le céphalématome aurait augmenté rapidement de volume et serait devenu plus tendu d'après les déclarations de la mère. Puis dès le lendemain le céphalématome aurait repris son volume des jours précédents.

25 *mars*. — A la vue toute trace du céphalématome a complètement disparu.

Au palper on sent à la partie antéro-supérieure du bourrelet, une épine osseuse saillante, à 1 centimètre de la suture sagittale.

Au delà de cette épine, suivant le pourtour antérieur du bourrelet, une dépression, puis une faible crête linéaire sur une étendue de 2 centimètres.

En bas en arrière et tout en haut le bourrelet n'existe plus.

Le pariétal siège du céphalématome ne diffère en rien de celui du côté opposé.

Les cheveux sont très développés pour l'âge de l'enfant.

Obs. IV (personnelle). — Service du Docteur Lepage.

R. L... primipare, entre à la Maternité de la Pitié le 11 février dans la soirée ayant des douleurs depuis 5 heures du matin.

Présentation du sommet en GA, les douleurs sont tres espacées et de peu de durée, la tête progresse lentement.

La rupture des membranes se fait spontanément à 2 h. 55 du matin le 12 février, l'expulsion du fœtus a lieu à 4 h. 5 du matin, la tête se dégage en OP.

La durée du travail a été de 35 heures, la période d'expulsion de 35'.

Enfant de 2.830 gr.

BiP, 8,7. Cheveux longs de 4 centimètres.

Le 12 *février* à 9 heures du matin, 5 heures après la naissance, on constate sur le pariétal droit, au niveau de l'angle postéro-supérieur, une tuméfaction fluctuante, cette tuméfaction bien limitée n'empiète pas sur la ligne médiane.

Un céphalématome est diagnostiqué.

13. — Le céphalématome n'a pas augmenté. Ses dimensions sont celles d'une pièce de deux francs.

Le bourrelet périostique périphérique commence à se sentir.

Nous revoyons l'enfant le 17 février, le bourrelet périostique a augmenté, la tumeur est rénitente, et paraît diminuer.

Le 22, au départ de la mère nous constatons que le céphalématome très aplati a presque disparu, on sent une fluctuation légère, le bourrelet périostique fait un relief peu accentué.

Les signes que nous avons indiqués plus haut et que l'on a pu retrouver dans les deux observations précédentes de céphalématome spontané sont communs aux trois

variétés de céphalématome que nous avons indiquées dans notre classification :

Dans le céphalématome traumatique simple, ils sont la conséquence d'une application de forceps.

Nous en publions deux observations.

Obs. V (Recueillie par M. Mouchotte, interne du service de M. Lepage).

Observation résumée : *Rupture prématurée des membranes. — Travail de 44 heures. — Forceps en GA. — Céphalématome du pariétal gauche.*

C. M..., 31 ans, domestique, primipare. Entre en travail le 7 mars 1899 à 1 heure du soir. Poche des eaux rompue spontanément 13 heures avant.

Début du travail 2 heures après cette rupture vers 2 heures du matin.

La dilatation est de 2 francs, le sommet engagé en GP.

La nuit douleurs fortes, toutes les 30'.

Le 8 *mars* à 8 heures, douleurs toutes les 5', vessie distendue, cathétérisme.

A 11 heures du matin la dilatation est comme une paume de main. La lèvre antérieure du col est œdématiée, la tête fœtale en GT, les bruits du cœur sont bons.

3 heures du soir. Auscultation fœtale normale.

5 heures du soir. Même état, la dilatation n'a pas progressé, on fait lever un peu la parturiente.

5 h. 30. La dilatation est complète sauf en avant où l'on sent la lèvre antérieure du col œdématiée.

La tête est en GA.

8 heures du soir. Les contractions utérines s'espacent. L'enfant expulse du méconium. Bruits du cœur bons.

9 heures. Cathétérisme vésical difficile.

10 heures. Arythmie qui va en s'accentuant.

10 h. 30. Forceps en GA sans chloroforme. Déchirure du périnée. Délivrance artificielle, suture du périnée.

Enfant du poids de 3.030 grammes.

Bi-pariétal de 9.

10. — A la visite, 34 heures après l'application du forceps, on constate que l'enfant ne porte pas trace de cette application. Il présente à la partie postéro-supérieure du pariétal gauche un céphalématome dont on sent déjà le bourrelet périphérique.

15. — Le bourrelet est très saillant.

22. — Le céphalématome est allongé d'avant en arrière, le bourrelet périphérique a diminué de hauteur.

La quantité de liquide épanché, la consistance sont à peu près les mêmes que le 13 mars.

Céphalématome nettement traumatique dû au forceps.

Bien qu'il s'agisse d'une position gauche, le céphalématome siège sur le point pariétal gauche, c'est-à-dire postérieur, au point d'application de la cuiller postérieure.

C'est le contraire de ce qui se passe en pareille circonstance :

En effet, le céphalématome consécutif au forceps, siège plutôt sur le pariétal antérieur, déterminé par la cuiller antérieure, laquelle, suivant la remarque de M. le professeur Pinard, laisse sur la tête de l'enfant des empreintes plus profondes que la cuiller postérieure.

Obs. VI (Morain).

Mme B..., primipare, 35 ans, taille au-dessus de la moyenne, constitution vigoureuse, pas d'antécédents morbides.

Début du travail le 25 avril 1888 à midi ; présentation du sommet en OIDA. Maximum des bruits du cœur à mi-distance de

l'ombilic au pubis, à peu près sur la ligne médiane ; engagement profond de la présentation.

Malgré des contractions énergiques et irrégulières, la dilatation marche lentement, le col présentant un certain degré de rigidité ; elle est complète le 26 vers 9 heures du matin.

Les membranes se sont rompues spontanément vers 7 heures du matin ; écoulement d'une très petite quantité de liquide amniotique.

Dès que la dilatation est complète, la tête descend rapidement sur le périnée et la rotation s'accomplit. Rigidité périnéo-vulvaire prononcée ; aussi à partir de ce moment, bien que la tête apparaisse légèrement à la vulve à chaque contraction, le travail cesse de progresser, l'état de la mère continuant à être excellent et le fœtus ne paraissant pas souffrir.

A 10 h. 1/2, application de forceps des plus faciles sous le chloroforme.

Grâce à un engagement complet de l'occiput sous la symphyse et à une grande lenteur dans la déflexion, l'extraction de la tête peut être faite sans aucun dommage pour la vulve ; la fourchette est intacte.

Aussitôt l'extraction de la tête, on constate une circulaire très serrée autour du fœtus ; on la défait avec quelque difficulté.

Alors rotation du tronc et expulsion rapide et spontanée, suivie d'une assez grande quantité de liquide amniotique, fortement mélangée de méconium. L'enfant du sexe masculin est de volume moyen ; il est très fortement cyanosé et ne fait pas de mouvements inspiratoires.

Section immédiate du cordon et saignée d'une quinzaine de grammes ; la respiration s'établit aussitôt sans qu'il soit nécessaire de recourir à d'autres moyens.

Délivrance normale, soins antiseptiques, suites de couches sans incidents.

L'enfant présente une bosse séro-sanguine volumineuse sur le pariétal gauche, pas de traces de contusion résultant de l'application du forceps.

La journée du 26 se passe sans incidents ; cependant l'enfant est comme engourdi, crie peu, ne prend pas le sein et la teinte violacée persiste bien qu'à un degré moindre qu'au moment de l'accouchement, mais on attache peu d'importance à l'examen du crâne.

L'enfant toujours cyanosé est plus vif, prend bien le sein, crie plus vigoureusement.

Dans la matinée il a vomi quelques mucosités striées de filets noirâtres sur lesquels l'attention n'a pas été appelée.

Le soir, l'enfant présente sur la lèvre inférieure, à gauche de la ligne médiane, une tache saillante de 2 à 3 millimètres de diamètre, d'un rouge vineux foncé, que l'on pourrait prendre à un examen superficiel pour une petite tumeur érectile, et qui n'est, en réalité, constituée que par une petite ampoule remplie de sang extravasé.

Le 28, la cyanose a disparu et a été remplacée par une teinte ictérique assez prononcée.

Deux nouvelles ecchymoses plus petites se sont formées à la lèvre inférieure dans le voisinage de la première. Celle-ci dont la paroi très mince a dû être rompue pendant la succion laisse suinter un peu de sang.

Dans la journée, l'enfant a une selle dans laquelle on constate un filet de sang rutilant, non digéré, en même temps que l'on y remarque des stries noirâtres plus foncées, d'aspect mélanique.

On constate sur le pariétal gauche, à la place primitivement occupée par la bosse sanguine, une tumeur molle et fluctuante, de la grosseur d'un œuf de pigeon environ.

Cette tumeur constatée pour la première fois à 11 heures du matin, n'existait pas la veille au soir à l'heure où a été faite la toilette de l'enfant : la garde est très affirmative à cet égard.

La tumeur irréductible n'est pas douloureuse à la pression et ne s'accompagne d'aucun changement de coloration de la peau.

L'état général de l'enfant paraît aussi satisfaisant que possible ; toutes ses fonctions s'accomplissent d'une façon normale, et le cordon se dessèche d'une façon régulière.

On remarque seulement à la face interne de la cuisse et de la jambe gauche, deux ecchymoses bleuâtres assez mal limitées, d'un centimètre et demi de diamètre environ, telles qu'aurait pu les produire un pincement léger de la peau.

Aucun traumatisme cependant ne paraît avoir eu lieu sur cette région du corps du fœtus.

Le 29, teinte ictérique assez prononcée du nouveau-né ; nouvelle ecchymose de la grosseur d'un grain de plomb sur la lèvre supérieure.

Le céphalématome a considérablement augmenté et atteint le *volume d'un œuf de poule*. Il continue à augmenter pendant les trois ou quatre jours suivants et envahit toute l'étendue du pariétal gauche, mais s'arrête nettement au niveau des sutures et constitue, au moment de son maximum, une tumeur du volume d'une grosse orange.

A partir du 1er mai, les petites tumeurs sanguines des lèvres se dessèchent et tombent peu à peu sous forme de débris épidermiques ; la teinte ictérique prononcée surtout vers le 4e ou le 5e jour disparaît peu à peu.

Le cordon tombe le 5e jour sans incidents.

La santé de l'enfant continue à être aussi satisfaisante que possible.

Arrivé à son apogée, le céphalématome pour lequel, du reste, il n'est institué aucun traitement, paraît rester stationnaire pendant quelques jours, puis diminue lentement et d'une façon régulière.

Ce n'est guère que trois semaines après l'apparition de la tumeur que l'on peut avoir une notion exacte du bourrelet osseux.

La tumeur mit près de trois mois à disparaître complètement, mais au septième mois on apercevait encore distinctement le relief du bourrelet.

Si aux signes communs au céphalématome spontané et au céphalématome traumatique simple viennent, par

suite d'une application de forceps, s'ajouter des lésions osseuses, enfoncement du pariétal ou des éraillures des téguments, nous aurons alors le céphalématome traumatique compliqué, et nous pourrons encore remarquer les complications consécutives aux plaies infectées, si l'asepsie n'est pas rigoureusement observée, et plus encore à la suite d'enfoncement du pariétal des phénomènes de compression cérébrale, convulsions, paralysie faciale, etc.

Ces lésions sont tellement rares que nous n'en avons pas rencontré, nous en empruntons une observation à Hamon.

Obs. VII (Hamon). — *Céphalématome traumatique.*

Femme P..., 32 ans, entrée à la Clinique le 1er février 1897. Couchée au lit n° 13, salle n° 2.

Secondipare (fausse couche de 3 mois).

Dernières règles le 28 avril 1886.

Hydropisie de l'amnios.

Apparition des premières douleurs le 10 février à 8 heures du soir.

Terminaison le 11 février à 3 heures du soir.

Durée totale du travail : dix-neuf heures.

Présentation en OIGP.

Insuffisance des contractions utérines.

Deux applications de forceps (1re Tarnier, 2e Levret).

Fille, vivante, pesant 3850 grammes.

Diamètre de la tête :

Occipito-frontal.	12
Occipito-mentonnier	14
Biparietal.	9 1/2
Bitemporal	7 1/2
Sous-occipito-bregmatique	9 1/2

Les applications de forceps furent pénibles, étant données la

grosseur de la tête de l'enfant et son ossification très accusée.

En examinant la tête de l'enfant on remarque que les empreintes de l'extrémité des cuillers se trouvent au niveau de l'angle antéro-inférieur des pariétaux. La tête a été saisie un peu en avant des oreilles de chaque côté.

Le grand axe des cuillers fait un angle de 45° avec le grand axe de la tête.

Les empreintes sont beaucoup plus marquées sur la moitié droite de la tête que sur la moitié gauche. A l'extrémité des cuillers, c'est-à-dire vers l'angle antéro-inférieur du pariétal, du côté droit, la pression a été assez forte pour déterminer au niveau des empreintes et reproduisant leur forme, une plaie contuse longue de 2 centimètres sur 1 de large.

Cette plaie ne semble intéresser que la partie superficielle du derme.

12 *février*. — En examinant l'enfant, on s'aperçoit qu'il présente de la paralysie faciale à droite.

On remarque de plus, l'existence d'un enfoncement siégeant au niveau du 1/4 antéro-inférieur du pariétal droit, enfoncement léger, mais appréciable.

La plaie des téguments a bon aspect.

L'état général de l'enfant est bon.

13. — Une tumeur s'est développée sur l'emplacement de la dépression de la veille. Tumeur arrondie, légèrement saillante, de 5 centimètres de long sur 3 de large.

Cette tumeur est molle, en la déprimant,on peut arriver au contact du plan osseux. Elle n'est pas réductible, ne présente pas de battements. Sa base se confond avec les téguments voisins sans dépasser la limite des sutures. Pas de bourrelet osseux appréciable.

Une légère rougeur entoure les téguments escharifiés au niveau de la tumeur.

La paralysie faciale persiste.

A la suite de l'examen, on conclut à l'existence d'un céphalématome compliqué de plaie, de fracture et d'enfoncement.

On prescrit un pansement à l'ouate boriquée.

Du 14 au 17 février. — Aucune modification sensible dans l'état général de l'enfant, la tumeur devient plus dépressible. La plaie semble se cicatriser.

Du 17 au 20. — La tumeur s'affaisse de plus en plus, sans qu'un bourrelet osseux apparaisse nettement. Même état général.

20 *février.* — La plaie des téguments n'est pas encore cicatrisée. Un très léger écoulement de pus se fait à son niveau. Même état général.

21. — L'enfant est pris de convulsions qui se répètent cinq fois dans les vingt-quatre heures.

La tumeur est presque complètement affaissée. La plaie suppure légèrement.

La paralysie faciale persiste.

On remplace l'acide borique par des compresses trempées dans le sublimé à 1/2000.

22. — L'enfant a cessé de prendre le sein.

Les convulsions se reproduisent fréquemment. L'enfant meurt dans la matinée.

Autopsie. — Lorsque je vins pour faire l'autopsie, la tumeur était si peu visible que sans l'existence de la lésion cutanée il eût été impossible d'en reconnaître la situation.

Je coupai couche par couche avec le plus grand soin jusqu'au niveau du périoste, et je constatai que le cuir chevelu et le tissu cellulaire étaient légèrement infiltrés.

Arrivé sur le périoste, pas de fluctuation, la tumeur se déprime facilement, on arrive sur l'os.

Une incision cruciale, faite sur le péricste, laisse s'écouler une certaine quantité de sang évaluée à dix grammes : ce sang est noir, peu épais.

Le péricrâne ne présente pas d'épaississement, il est mince, lisse en dedans.

En rabattant les lambeaux du périoste, je constate que l'os est lisse et poli à sa surface.

L'enfoncement du crâne, d'environ trois centimètres de profon-

deur, est formé par deux plans inclinés faisant entre eux un angle obtus.

L'enfoncement s'étend de l'angle antéro-inférieur en bas, vers la bosse pariétale en haut, sur une longueur de sept centimètres.

En avant, il commence à la suture fronto-pariétale pour finir à quatre centimètres en arrière de cette suture. A ce niveau siège un trait de fracture, distant de deux centimètres du fond de l'enfoncement. Cette fracture intéresse le bord inférieur du pariétal et remonte en haut jusqu'à quatre centimètres de ce bord.

A deux centimètres en arrière du trait de fracture, se dessine le bourrelet osseux qui dans les autres points occupe le bord même de l'enfoncement.

Ce bourrelet qui manque par place a un relief moyen de deux millimètres du côté du céphalématome et de un millimètre du côté de la partie saine de l'os.

La boite crânienne enlevée, il est facile de voir à la surface interne de l'os un relief correspondant à l'enfoncement de la face externe. En arrière de ce relief, au niveau du trait de fracture siège une tumeur de la dimension d'une noix. En pressant sur cette tumeur située entre la dure-mère et l'os on fait sourdre du sang à l'extérieur par le trait de fracture.

La dure-mère est décollée dans un espace de trois centimètres de long sur quatre de large.

Le cerveau est notablement déprimé au point correspondant à la tumeur.

On constate des lésions de méningo-encéphalite, notamment au niveau du céphalématome interne.

Nous ferons suivre ces observations et ces considérations du tableau statistique que nous avons recueilli à la Clinique Baudelocque, et d'après lequel nous pourrons indiquer les différentes variétés de position qui dans l'accouchement sont plus favorables à la production de céphalématome sur l'un ou l'autre des pariétaux.

TABLEAUX

Année.	Numéro.	Parité.	Age.	Position.	Siège.	Rupt. des membranes.
1890	241	I	23	G A	Occipital.	Spont.
	264	I	22	G A	P G	Art.
	330	I	21	D A	P G	Art.
	572	I	22	G A	P D 5 j.	Art.
	704	I	28	G T	P G	Art.
	787	I	20	D P	P D 2 j.	Spont.
	838	I	22	G T	P G 6 j.	Art.
	1002	I	23	D P	P D 2 j.	Spont.
	1110	I	29	G A	P D 2 j.	Art.
	1181	I	23	G A	P G 1 j.	Spont.
1891	101	I	24	D P	P D 3 j.	Spont.
	176	I	27	D P	P G 3 j.	Spont.
	223	I	17	G A	P D 3 j.	Spont.
	241	I	18	G A	P G 3 j.	Spont.
	354	I	19	G P	P D	Spont.
	588	I	18	G A	P G 2 j.	Art.
	735	I	»	G A	P G 2 j.	Spont.
	771	I	26	D P	P G 1 j.	?
	799	I	»	G T	P G 1 j.	?
	1061	I	22	G A	P D 1 j.	Spont.
	1263	I	21	D P	P G 1 j. *double.* P D 3 j.	Spont.
	1357	I	»	D T	P G 1 j.	Spont.
	1459	I	»	D T	P G 1 j.	Spont.
1892	154	I	?	G A	P G	Spont.
	407	I	28	G A	P G	Spont.
	539	I	21	G A	P G	Art.
	560	I	18	G T	P D	Art.
	665	I	25	D P	P G 2 j.	Spont.
	859	I	26	D P	P G	Art.
	943	I	21	*S I G T*	P D 1 j.	Spont.
	1157	II	29	D T	P G P G	Spont.
	1304	I	37	G T	P D Occipital.	Art.
	1313	I	21	*S I G A*	P G	Spont.
	1584	VI	23	»	P D	?
	1827	I	22	G A	P D 5 j.	Spont.
1893	7	I	33	G A	P G 1 j.	Spont.
	52	I	21	G A	P D 1 j. P D	Art.
	324	I	21	G A	P G P D	Art.
	496	I	29	D P	P G	Art.
	641	I	29	G A	P G 4 j.	Art.
	820	I	24	G A	P G 1 j.	Art.
	1234	I	20	G A	P D	Spont.
	1490	I	24	G A	P D	Art.
	1607	II	34	D P	Occipital	Spont.
	1728	I	19	G P	Multiple	Spont.
	1825	I	32	G A	P' 2 j.	?

Durée du travail.	Période d'expulsion.	Long. des chev.	Di. Bi P supérieur à 9,5.	Poids.	Sexe.
18 h.	1 h. 40		10,2	2960	F
9 h. 15	40'			3050	M
20 h.	1 h. 25			2650	F
13 h. 40	2 h.			2820	F
45 h.	*Forceps* 10'			2800	F
22 h. 40	25'			3280	F
15 h.	40'			2970	M
12 h.	*Forceps* 10'			3300	M
36 h. 1/2	30'			3070	M
12 h.	1 h. 10			2420	M
24 h.	1 h. 45			3500	M
16 h.	20'			2720	F
8 h. 55	1 h. 30			3410	M
13 h.	25'			2660	M
13 h. 45	30'			2780	M
62 h. 1/2	20'			2870	F
12 h.	50'	Longs.		3950	M
13 h.	1 h. 45			3150	M
19 h.	3 h.			3050	M
17 h.	8'			3100	M
23 h.	1 h. 50			3010	M
9 h.	35'			2950	M
20 h.	1 h.	Très longs.	9,6	4900	F
9 h.	35'	?		3080	M
35 h.	2 h.		9,7	3930	M
14 h.	2 h. 10			2780	M
28 h.	2 h. 40	Longs.	10	3200	F
8 h.	1 h. 15			3880	M
27 h.	1 h. 20	Longs.		3150	M
14 h.	»			2820	M
8 h. 1/4	*Forceps* 15'			3840	M
7 h.	20'	Longs.		2550	F
7 h.	?		11,5	3020	F
6 h.	*Forceps* 50'		10,5	4450	F
14 h.	*Forceps* 2 h. 35	Longs.	10	3610	M
17 h.	1 h. 20			3370	M
15 h. 1/2	35'	Longs.		2610	M
7 h.	25'	Longs.		3410	F
20 h.	20'			3300	F
25 h.	*Forceps* 6 h.	Longs.		3430	F
4 h.	1 h.			3590	M
8 h.	20'	Longs.		2930	M
8 h.	1 h. 20	Longs.		3180	M
10 h. 45	1 h. 15			3700	M
11 h.	45'			3130	F
8 h.	40'	Longs.		2370	F

Année.	Numéro.	Parité.	Age.	Position.	Siège.	Rupt. des membranes.
1894	122	V	34	Sommet.	Version P G / P D	Acc^{t} provoqué 7 mois.
	242	I	31	G A	P' 2 j.	Spont.
	794	I	18	G P	P D 1 j.	Art.
	984	II	30	G A	P D 1 j.	Spont.
	1458	I	21	G P	P D	Art.
	1802	I	23	G P	P' 1 j.	Art.
	1874	III	22	G A	P D	Art.
1895	327	I	21	G P	P G	Spont.
	461	I	20	G A	P D 1 j.	Art.
	670	I	19	D P	P D 1 j.	Spont.
	1295	I	25	D P	P G 1 j.	Spont.
	1619	I	22	D P	P D 1 j.	Art.
	1644	I	30	D P	P G 1 j.	Spont.
	1800	I	22	G A	P D 1 j.	Spont.
1896	346	I	25	G A	P D 1 j.	Spont.
	392	III	35	D P	P D 1 j.	Spont.
	710	I	18	D P	P D 12 j.	Art.
	1049	I	21	G A	P G 1 j.	Spont.
	1101	II	19	G A	P D 2 j.	Art.
	1111	I	17	G A	P G 1 j.	Spont.
	1377	III	24	G A	P D	Spont.
	1527	I	34	D P	P G	Art.
	1802	I	19	G A	P D	Art.
	1822	I	27	G A	P G	Art.
	1964	II	34	G A	P ? 2 j.	Art.
	2057	I	20	G P	P D 3 j.	Spont.
	2085	III	30	G P	P D 2 j.	Art.
	2214	II	25	G A	P ? 1 j.	Spont.
1897	275	II	24	G A	P G	Spont.
	336	I	23	G A	P G / P D	Art.
	382	V	32	G A	P'	Spont.
	505	I	20	G A	P G / P D	Art.
	531	I	28	G A	P D	Spont.
	743	I	25	D P	P ? 2 j.	Art.
	757	I	27	G A	P G 1 j.	Art.
	883	II	34	G A	P D 2 j.	Spont.
	1004	III	32	*Siège*	Occipital 2 j.	Spont.
	1010	II	25	G A	P G 2 j.	Spont.
	1760	I	19	G A	Occipital 10 j.	Art.
	1764	II	24	G A	P D 2 j.	Spont.
	2009	I	18	G A	P D	Spont.
1898	183	I	20	G P	P G 1 j.	Art.
	287	I	28	G A	P D	Art.
	346	II	25	G A	P G 2 j.	Spont.
	395	I	24	D P	P G 2 j.	Art.
	417	I	33	G A	P D	Spont.
	532	I	22	D P	P D 1 j.	Spont.

Durée du travail.	Période d'expulsion.	Long. des chev.	Di. Bi P supérieur à 9,5	Poids.	Sexe.
»	»	Longs.		2060	F
23 h.	1 h. 10			3038	M
13 h.	2 h.			3770	M
4 h. 10	*Forceps* 10'		9,8	4070	M
11 h.	30'			3400	M
21 h.	1 h.			2530	F
9 h. 1/2	15'	Longs.		2820	M
14 h.	35'	Longs.	9,7	3650	M
12 h.	45'		9,8	3770	F
16 h.	30'		10	3550	M
9 h. 45	25'			3600	F
8 h. 40	1 h. 10		9,6	3530	M
5 h. 30	30'			3800	M
7 h. 1/2	45'			3120	M
11 h.	45'	Longs.		3300	F
7 h.	25'	Très longs.		2430	M
9 h.	35'			3720	M
17 h.	50'		10	3440	M
5 h. 1/2	40'			3210	M
9 h. 25	5'		9,8	3720	M
6 h.	10'			2900	M
?	10 h. 1/2	Longs.	9,7	3140	F
17 h. 1/2	2 h. 15			3800	M
14 h.	30'	Longs.		3400	M
7 h. 25	55'			2950	M
3 h. 1/2	40'			3950	M
?	2'	Longs.		3400	M
5 h. 45	15'			4000	F
3 h. 20	10'	Longs.		3320	F
19 h.	35'			3660	F
10 h. 45	15'		9,6	3850	M
3 h. 20	30'			2830	F
23 h.	3 h.			3620	F
9 h. 50	25'			3300	F
5 h. 45'	2 h. 45		9,8	4600	M
7 h. 20	1 h. 10		9,6	3400	F
15 h.	45'		11	3720	M
3 h. 1/4	15'			3320	M
15 h.	5 h. 50			3050	M
7 h.	10'		10	3700	F
?	30'			2930	F
48 h.	4 h. 30		10,3	3630	M
5 h.	1 h.		9,7	3270	F
5 h. 5	30'			3830	M
13 h. 5	4 h. 20			3380	M
?	35'			2250	M
16 h. 30	15'	Longs.	9,6	4000	F

Année.	Numéro.	Parité.	Âge.	Position.	Siège.	Rupt. des membranes.
1898	679	XIV	42	D P	P D à la naissance ?	Spont.
	943	I	21	G A	P D	Spont.
	1827	I	30	D P	P D 1 j.	Spont.
	2075	I	25	D P	P D	Spont.
	2078	III	32	?	P D	Spont.
	2153	I	18	G A	P D 1 j.	Spont.
	2285	I	20	G A	P D 4 j.	Spont.
1899	931	I	20	G A	P G	Art.
	1080	I	27	G P	P G	Art.
	1796	I	21		P G 6 j.	
	2216	I	24	G A	P G 9 j.	Spont.
				G A	P D 9 j.	Spont.
	2390	I	19	G A	P D 1 j.	Art.

Des tableaux que nous avons faits, nous extrayons les résultats suivants :

Sur 100 cas de céphalématomes, la mère de l'enfant est 79 fois une primipare.

21 fois elle est multipare.

56 0/0 de ces multipares n'atteignent pas 24 ans.

18 0/0 ont plus de 24 ans et moins de 27 ans.

25 0/0 sont des primipares de 27 ans et au-dessus.

Donc dans le 1/4 des cas les primipares qui engendrent des enfants atteints de céphalématome, sont des primipares âgées.

Nous avons sept applications de forceps :

Quatre, c'est-à-dire 57 0/0 chez des primipares ;

Trois, c'est-à-dire 43 0/0 chez des multipares.

Quatre présentations du siège ont été observées :

2 chez des primipares.

2 chez des multipares.

Si nous observons les enfants atteints de céphalématome, nous trouvons que 25 0/0 ont des cheveux d'une

Durée du travail.	Période d'expulsion.	Long. des chev.	Di. Bi P supérieur à 9,5.	Poids.	Sexe.
?	20'			3450	F
6 h. 15	45'	Longs.		2900	M
18 h.	1 h.			3400	F
?	55'			3810	M
3 h. 30	10'			3510	F
15 h.	15'			2790	M
7 h. 40	40'			3525	M
10 h.	1 h. 5			3090	M
15 h.	1 h. 40			3150	F
16 h. 25	35'		9,6	3740	M
?	1 h. 5	Longs.		2220	M
9 h. 30	2 h.			3780	F

longueur de 3, 4, 5 centimètres à la naissance ; pour les autres la longueur n'est pas spécifiée.

56 0/0 de ces enfants ont un poids supérieur à la moyenne qui est de 3.250 grammes, et atteignent 3.500, 3.800, 4.000, voire 4.500 grammes.

23 0/0 ont un diamètre bi-pariétal qui dépasse 9,5 allant dans quelques cas jusqu'à 10, 10,5 et même 11, 5.

35 0/0 sont du sexe féminin.

65 0/0 du sexe masculin.

Nous n'oserions attribuer d'autre influence au sexe que la suivante : les enfants du sexe masculin étant généralement d'un poids plus élevé à la naissance que ceux du sexe féminin.

Au sujet du siège nous constatons sur 40 cas de céphalématome spontané du pariétal droit que :

23 fois, 57 0/0 la position était GA.

1 fois, 2 0/0 — GT.

5 fois, 12 0/0 — GP.

10 fois, 25 0/0 — DP.

Dans un cas nous ignorons la variété de position.

Sur 40 cas de céphalématome du *pariétal droit*, dans 39 cas la variété de position de la tête est déterminée.

Or 29 fois le pariétal droit est antérieur.

La position est :

GA 23 fois.

GP 5 fois.

GT 1 fois.

10 fois le pariétal droit est postérieur.

La position DP 10 fois.

Dans les 29 premiers cas, le pariétal, siège de la lésion, est l'antonyme du nom de la variété de position : céphalématome droit dans la variété gauche.

Au contraire dans les 10 autres cas, le pariétal, siège de la lésion, est homonyme du nom de la variété de position de la tête : céphalématome droit dans une position droite.

Nous trouvons dans 36 cas de céphalématome sur le pariétal gauche :

19 fois	c'est-à-dire	52 0/0	une position	GA.
3 fois	—	8 0/0	—	GT.
3 fois	—	8 0/0	—	GP.
1 fois	—	3 0/0	—	DA.
2 fois	—	6 0/0	—	DT.
8 fois	—	22 0/0	—	DP.

Dans ces 36 cas de céphalématome la variété de position de la tête est bien déterminée.

Or 11 fois le pariétal gauche est antérieur :

DA 1 fois.

DT 2 fois.

DP 3 fois.

25 fois le pariétal gauche est postérieur :

GA 19 fois.

GT 3 fois.

GP 8 fois.

Dans les onze premiers cas, le pariétal, siège de la lésion, est l'antonyme du nom de la variété de position : céphalématome gauche dans variété droite.

Au contraire dans les 25 autres cas le pariétal, siège de la lésion, est homonyme du nom de la variété de position de la tête : céphalématome gauche dans variété gauche.

Donc sur 75 (39 + 36) céphalématomes dont la variété de position était déterminée le céphalématome siège 40 fois (29 + 11) sur le pariétal antérieur, c'est-à-dire sur le pariétal *autonyme* de la variété de position de la tête, = 50 0/0 et 35 fois (10 + 25) sur le pariétal postérieur, c'est-à-dire homonyme de la variété de position de la tête = 46 0/0.

Cette dernière proportion se rapproche donc sensiblement de la précédente.

Trois cas de céphalématome sur l'occipital :

2 cas en position GA.

1 cas en — DP.

Dans sept cas dont nous ignorons le pariétal siège du céphalématome :

5 se sont produits en position GA.

1 — — DP.

1 — — GP.

6 céphalématomes doubles ont été observés :

4 en position GA.

2 — DP.

Un céphalématome triple en GT.

Un céphalématome multiple en GP.

Dans les applications de forceps :

Sur le pariétal droit, 2 céphalématomes en position GA, donc 2 sur le pariétal antérieur.

1 céphalématome en position DP, donc sur le pariétal postérieur.

Dans un autre cas nous ignorons la variété de position.

Sur le pariétal gauche, 1 céphalématome en position GA, donc sur le pariétal postérieur.

1 céphalématome en GT, donc sur le P postérieur.

1 — en DT, donc sur le pariétal antérieur.

En résumé, sur 6 cas dont la variété de position de tête est déterminée, nous trouvons trois cas sur le pariétal antérieur, donc trois cas antonymes et trois cas homonymes du nom de la variété de position.

Soit dans les applications de forceps autant de céphalématomes produits par la cuiller antérieure que par la cuiller postérieure.

Mais cette statistique porte sur un trop petit nombre de cas pour pouvoir tirer des conclusions fermes au point de vue de la fréquence à l'égard du siège sur un des pariétaux.

Nous trouvons un cas de céphalématome observé sur le pariétal droit dans une variété de position SIGT ;

Un céphalématome sur le pariétal gauche dans une position SIGA ;

Enfin, 1 céphalématome sur l'occipital dans une position SI ;

Et un céphalématome double à la suite d'une version dans un accouchement provoqué à 7 mois.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Le céphalématome ne saurait être confondu avec d'autres tumeurs :

1° La bosse séro-sanguine se produit dans les tissus, et non au-dessous du périoste, même au niveau des sutures.

2° L'abcès du cuir chevelu s'accompagne de rougeur, de chaleur, il est douloureux à la pression.

3° L'encéphalocèle et le méningocèle se trouvent toujours sur le trajet des sutures.

Le céphalématome spontané et le céphalématome traumatique peuvent n'avoir pas de signes différentiels, le céphalématome traumatique compliqué se reconnaîtra à ses lésions des téguments ou aux complications qui surviendront à la suite de l'enfoncement de la paroi osseuse : compression cérébrale, paralysie, etc.

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

Le pronostic du céphalématome spontané et du céphalématome traumatique simple est des plus favorables ; tout traitement, à notre avis, serait intempestif.

Sur 105 observations de céphalématome que nous avons recueillies à la clinique Baudelocque, nous n'avons trouvé que trois cas de mort imputables à la syphilis, et non au céphalématome.

Dans le céphalématome traumatique compliqué, notre pronostic est réservé : s'il ne s'agit que d'une plaie des téguments, panser la tumeur d'une façon aseptique. S'il y a enfoncement de la paroi osseuse, une intervention chirurgicale est nécessaire pour éviter la compression cérébrale et les accidents consécutifs.

CONCLUSIONS

Nous admettons avec Hamon que :

I. — Le céphalématome est produit par un décollement du périoste.

II. — Mais nous distinguerons trois variétés de céphalématome.

A. Le céphalématome spontané.

B. Le céphalématome traumatique simple.

Ces deux céphalématomes résultant le premier d'un mode spécial de structure osseuse et le deuxième d'une application de forceps : leur pronostic est bénin, toute intervention est à rejeter.

C. Le céphalématome traumatique compliqué résultant d'une application de forceps avec éraillure des téguments nécessitant une asepsie sévère, ou enfoncement des parois crâniennes réclamant une intervention chirurgicale.

Et de notre statistique nous tirerons les conclusions suivantes :

III. — Le céphalématome dans 79 0/0 des cas a lieu chez des enfants de primipares, dans 21 0/0 des cas chez des multipares.

IV. — Dans 52 cas 0/0 le céphalématome siège sur le pariétal droit.

Dans 48 cas 0/0 sur le pariétal gauche, 40 céphalématomes du pariétal droit, 36 céphalématomes du pariétal gauche. Soit un rapport de 9 à 10.

V. — Dans 54 0/0 des cas le céphalématome siège sur le pariétal antérieur, c'est-à-dire antonyme de la variété de position de la tête.

Dans 46 0/0 des cas le céphalématome siège sur le pariétal postérieur, c'est-à-dire sur le pariétal homonyme de la variété de position.

VI. — Pour le forceps, notre statistique qui ne porte malheureusement que sur 6 cas, nous donne les résultats suivants :

Trois fois le céphalématome est déterminé par la cuiller antérieure. Trois fois par la cuiller postérieure.

Vu :
Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer:
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ledran. — *Observations de Chirurgie*, 1751, t. I.
Underwood. — *Traité des maladies des enfants.*
Zeller. — Thèse de Heidelberg, 1822.
Pigné. — Mémoire sur les céphalématomes in *Journal universel et hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1833.
Velpeau. — *Traité complet de l'art des accouchements*, 1835.
Valleix. — *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, 1838.
Seux. — *Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés*, 1863.
Reclus. — *Traité de pathologie externe.*
Tarnier. — *Dictionnaire de Jaccoud.* — *Annales de gynécologie*, t. XXII. — *Revue médicale*, 1889.
Hamon. — Thèse de Paris, 1887.
Morain. — Thèse de Paris, 1889.
Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. — *Précis d'obstétrique.*
Pinard. — *Clinique obstétricale*, 1899.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier.

Imp. J. THÉVENOT, Saint-Dizier (Hte-Marne)